



**You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Analiza argumentu zdrowia publicznego w dyskusji nad legalizacją miękkich narkotyków

Author: Katarzyna Grotkowska, Konrad Kobyliński

Citation style: Grotkowska Katarzyna, Kobyliński Konrad. (2016). Analiza argumentu zdrowia publicznego w dyskusji nad legalizacją miękkich narkotyków. "Acta Universitatis Lodzensis. Folia Iuridica" (T. 76 (2016), s. 63-76), doi 10.18778/0208-6069.76.06



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Katarzyna Grotkowska, Konrad Kobyliński***

ANALIZA ARGUMENTU ZDROWIA PUBLICZNEGO W DYSKUSJI NAD LEGALIZACJĄ MIĘKKICH NARKOTYKÓW

Streszczenie. Celem niniejszego opracowania jest analiza argumentu zdrowia publicznego w kontekście debaty nad legalizacją miękkich narkotyków. W pierwszej części przybliżona zostaje treść pojęć, które występują w kontekście prezentowanego tematu. Na dalszych stronach przedstawiona zostaje analiza pojęcia zdrowia publicznego występującego w terminologii prawniczej. Analiza funkcjonowania tego pojęcia oraz argumentów budowanych na jego podstawie prowadzi do wniosku, że argument ze sfery zdrowia publicznego w dyskusji nad legalizacją miękkich narkotyków jest mało przekonujący oraz brakuje mu solidnej teoretycznej podbudowy. Mimo to zdrowie publiczne wciąż pozostaje jednym z najczęściej podnoszonych argumentów w dyskursie narkotykowym, w ostatniej części pracy – w oparciu o badania J. Haida z zakresu psychologii moralności – przedstawione zostaje możliwe wyjaśnienie faktu, dlaczego argument ze sfery zdrowia publicznego cieszy się nieustającą popularnością.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, legalizacja narkotyków, dekryminalizacja, architektura wyboru, psychologia ewolucyjna.

1. WPROWADZENIE

Z uwagi na daleko posuniętą niestaranność w doborze słów uczestników dyskusji na temat legalizacji miękkich narkotyków, wypada rozpocząć od krótkiego wyjaśnienia podstawowych pojęć, mianowicie zdrowia publicznego, dekryminalizacji i legalizacji.

Pojęcia „dekryminalizacji” i „legalizacji” często są używane zamiennie, co w moim przekonaniu jest błędem prowadzącym niejednokrotnie do nieporozumień. Dekryminalizacja w odniesieniu do narkotyków oznacza brak kary za ich posiadanie na własny użytek. Legalizacja natomiast dotyczy sfery podaży,

* Uniwersytet Śląski, Wydział Prawa i Administracji, Katedra Teorii i Filozofii Prawa, katarzyna_grotkowska@wp.pl.

** Uniwersytet Śląski, Wydział Prawa i Administracji, Katedra Teorii i Filozofii Prawa, kkobyliński@us.edu.pl.

oznacza możliwość legalnego sprzedawania narkotyków (Husak, Marneffe 2006, 3–4; Marneffe 2013, 60–61). W obowiązującym stanie prawnym narkotyki miękkie są objęte zarówno kryminalizacją, jak i delegalizacją. Zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej jako „u.p.n.”), posiadanie narkotyków jest karalne, jednakże wobec osoby posiadającej nieznaczną ilość, przeznaczoną na własny użytek, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości¹.

Kolejnym pojęciem jest „zdrowie publiczne”, które występuje w co najmniej trzech znaczeniach. Po pierwsze, jest to pojęcie języka prawnego, oznacza stan zdrowotny całego społeczeństwa lub jego części, określane na podstawie wskaźników epidemiologicznych i demograficznych². Epidemia to wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących³. Wynika z powyższego, że ochrona zdrowia publicznego odnosi się do ochrony społeczeństwa jako całości przed chorobami zakaźnymi.

Drugie znaczenie pojęcia „zdrowie publiczne” zostało wyznaczone przez nauki medyczne. Zgodnie z poglądami przedstawicieli nauk medycznych, zdrowie publiczne to dyscyplina naukowa obejmująca zagadnienia zdrowia społeczeństwa, współzależność stanu zdrowia do warunków życia oraz form troski o zdrowie (zob. Włodarczyk 2007, 11–23; Leowski 2004, 14–18)⁴, w odniesieniu zarówno do jednostki, rodziny, jak i większych społeczności (Kulik, Pacian 2014, 19)⁵. Podana definicja nie jest zgodna z definicją WHO, zgodnie z którą zdrowie

¹ Art. 62. ust.1–3Pnark: „1. Kto, wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. 2. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. 3. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”. Art. 62a: Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3, są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznaczej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

² Art. 2 pkt 35 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2013.947 j.t. z późn. zm.).

³ Art. 2 pkt 9 ZoZZChZ.

⁴ Pojęcie zdrowia publicznego, pomimo sporów związanych z jego definicją, zwiera w sobie także ochronę społeczeństwa przed urazami.

⁵ Oczywiście nie jest to definicja jedyna. Z definicji pochodzących z wcześniejszego okresu warto wspomnieć definicję Charlesa Edwarda Winslowa z 1920 r.: „Zdrowie publiczne oznacza naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidual-

publiczne to zorganizowany przez społeczeństwo wysiłek, głównie instytucjonalny, w poprawę, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia populacji. W pojęciu zdrowia publicznego mieszczą się m. in. następujące działania: analiza sytuacji zdrowotnej, monitorowanie zdrowia, promocja zdrowia, zapobieganie zakaźnym chorobom, ochrona środowiska i warunków sanitarnych, przygotowanie do walki z epidemiami oraz medycyna pracy⁶. Z powyższego wynika, że dla nauk medycznych zdrowie publiczne jest dyscypliną nauki, w ramach której badane są parametry umożliwiające wyprowadzanie zdań ogólnych na temat kondycji społeczeństwa. Nie wynika natomiast, aby zdrowie publiczne było czymś co da się chronić, albo co takiej ochrony wymaga, czy też stanowi odrębne od zdrowia konkretnej osoby dobro.

Zdrowie publiczne w trzecim znaczeniu zostało użyte przez ustawodawcę, sądy oraz doktrynę jako wskazanie dobra chronionego przepisem zakazującym posiadania narkotyków (Łucarz, Muszyńska 2008, 430; podobnie Srogosz 2008, 430; Ważny 2013, 414). Wyrazem takiego rozumowania jest np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2006 r. sygn. akt I KZP 19/06:

„Właśnie zdrowie społeczne (publiczne) stanowi zgeneralizowane dobro społeczne będące przedmiotem ochrony wszystkich przepisów karnych ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii [...]. Jest to zatem rodzajowy przedmiot ochrony tego przepisu karnego. Natomiast bezpośrednim (szczególnym, indywidualnym) przedmiotem ochrony jest dobro społeczne chronione konkretnym przepisem karnym [...]. Jest tak dlatego, że właśnie zgodnie z tytułem ustawy z 2005 r. i treścią jej art. 1, celem tej ustawy, w tym wszystkich jej przepisów, a więc także art. 58, art. 62 i art. 64, jest zdrowie społeczne (publiczne) i ono właśnie jest rodzajowym i bezpośrednim przedmiotem ochrony, a w wypadku art. 64 ustawy (kradzież) dodatkowym (obocznym) przedmiotem ochrony jest mienie. Za takim określeniem przedmiotu ochrony przepisów karnych ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r., w tym art. 58, przemawiają także oczywiste względy polityczno-kryminalne, penalizacji i skutecznego represjonowania zachowań stanowiących ogromne zagrożenie dla zdrowia społecznego (publicznego)”.

Z powyższego wynika, że sposób rozumienia pojęcia „zdrowie publiczne” nie koresponduje ani z pojęciem zdrowia publicznego na gruncie języka prawnego, ani z pojęciem wykształconym przez nauki medyczne. Można wyciągnąć

nej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich, ukierunkowaną na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia” (za: Kulik, Pacian 2014, 20).

⁶ “Public health: an organized effort by society, primarily through its public institutions, to improve, promote, protect and restore the health of the population through collective action. It includes services such as health situation analysis, health surveillance, health promotion, prevention, infectious disease control, environmental protection and sanitation, disaster and health emergency preparedness and response, and occupational health, among others” (Health Systems Strengthening Glossary).

następujące wnioski: po pierwsze zdrowie publiczne – w tym znaczeniu – stanowi dobro ponadindywidualne, które jest czymś więcej niż sumą stanu zdrowia każdego z członków społeczeństwa, a po drugie zdrowie publiczne można naruszyć szkodząc bezpośrednio własnemu zdrowiu, choćby nikt inny nie miał być poszkodowany.

Takie postawienie sprawy budzi poważne wątpliwości, ponieważ, jak zauważa D. Gruszecka, zdrowie publiczne jako dobro ponadindywidualne jest zdematerializowane i jego zakres jest trudny (o ile nie niemożliwy) do wyznaczenia. W konsekwencji jest do pomyślenia sytuacja, w której zasięg penalizacji ulega stałemu poszerzeniu o kolejne przestępstwa z naruszenia dobra kolektywnego oraz narażenia tego dobra (Gruszecka 2012, 381–382). W ten sposób kryminalizacją można objąć niemal każde zachowanie, byle tylko istniała możliwość opisanego go jako godzącego w zdrowie publiczne⁷.

2. RODZAJE ARGUMENTÓW W DYSKURSIE NAD LEGALIZACJĄ NARKOTYKÓW

W dyskusji nad dekryminalizacją i legalizacją narkotyków, zarówno miękkich jak i twardych, podnoszone są różnorakie argumenty, które można podzielić na pierwotne i wtórne. Argumenty pierwotne wprost są osadzone na gruncie ochrony zdrowia publicznego przed zagrożeniem wywołanym posiadaniem narkotyków przez osobę, natomiast argumenty wtórne odwołują się do społecznych konsekwencji wynikających z faktu uzależnienia osoby.

Argumenty pierwotne przeciwko legalizacji i dekryminalizacji narkotyków odwołujące się do ochrony zdrowia publicznego można przedstawić następująco:

1. Narkotyki miękkie stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia osób, które je zażywają;
2. Osoby sięgające po miękkie narkotyki z czasem sięgają po narkotyki twarde;
3. Legalizacja miękkich narkotyków zwiększy odsetek uzależnionej młodzieży.

Argument 1 prowadzi do wniosków trudnych do zaakceptowania, nakazuje bowiem przyjąć, że każda osoba, która posiada narkotyki, bez względu na to czy komukolwiek poza sobą szkodzi, narusza zdrowie publiczne. W świetle ustaleń poczynionych przez lekarzy na poziomie międzynarodowym, argument 1 jest

⁷ Jednym z najbardziej zagorzałych krytyków jest M. Kohler, którego zdaniem pojęcie zdrowia publicznego nie istnieje poza pojęciem zdrowia poszczególnych osób, a tym samym jest to pusta formuła niezawierająca żadnej konkretnej treści (Krajewski 2001, 142–143). Przeciwny takiemu określeniu przedmiotu ochrony jest także Sebastian Kosmowski (2004, 20–21).

trudny do obronienia. W ICD-10 (2008. T. I, 213 i n.)⁸ – klasyfikacji sporządzanej przez delegowanych do WHO lekarzy, wszystkie narkotyki (zarówno twarde jak i miękkie) są potraktowane tak samo, jako substancje powodujące szkody zdrowotne. Znamienne, że do substancji wywołujących wspomnianą jednostkę chorobową zaliczono alkohol na takich samych zasadach jak narkotyki. Wynika z tego, że alkohol również jest narkotykiem, z punktu widzenia twórców ICD-10 takim samym jak heroina czy marihuana. Z punktu widzenia przepisów, alkohol jest używką, natomiast nie jest narkotykiem. W ten oto sposób uzasadnienie regulacji prawnych odwołujące się do zdrowia jest najdelikatniej mówiąc wybiórcze.

Argumenty 2 i 3 stanowią przykłady argumentów z linii pochyłej (Wieczorek 2013), w odniesieniu do narkotyków określanych także mianem argumentów z „odległych szkód” (Gruszecka 2012, 198–100). Nie są oparte na wiedzy, ale na przypuszczeniu i tym samym stanowią raczej wyraz obawy zagrożenia naruszeniem jakiegokolwiek dobra chronionego (zdrowia lub życia innych osób, prawa własności itd.) niż jego faktyczne naruszenie. Poza tym karanie za posiadanie czy używanie narkotyków z powodu potencjalnych „odległych szkód” stanowi przykład dość rozległego określenia kryminalizacji przedpoła naruszenia dobra chronionego (tamże, 200). Pozostaje pytanie, czy tak niepewne przedpole można objąć kryminalizacją?

Na argument 1 proponujemy spojrzeć z innej strony. Punktem wyjścia jest pojęcie architektury wyboru i architekta wyboru. Wprawdzie pojęcia te są właściwe dla libertariańskiego paternalizmu⁹, nic nie stoi na przeszkodzie, aby zastosować je do pokazania wadliwości systemu prohibicyjnego. Architektem wyboru jest każdy podmiot, który ma jakikolwiek wpływ na kształtowanie warunków podejmowania decyzji przez inny podmiot, natomiast architekturą wyboru są warunki, w jakich podmiot podejmuje decyzje. Największe znaczenie dla teoretyka i filozofa prawa ma architektura wyboru konstruowana przez ustawodawcę, co oczywiście nie oznacza, że inny podmiot nie może być architektem. Najprościej ujmując, dla kupującego architektem wyboru jest sprzedający, dla usługobiorcy usługodawca. Nie można jednak zapominać, że w każdym przypadku dokonanie wyboru należy do danego podmiotu. W odniesieniu do narkotyków kluczowe jest określenie, kto w systemie prohibicyjnym jest architektem wyboru osoby sięgającej po narkotyki i jakimi motywami może się kierować (na czym polega dla niego „zysk”, a na czym „strata”). Sięgając po narkotyki, osoba decyduje się na

⁸ ICD-10 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

⁹ Pojęcie architekta wyboru, właściwe dla nurtu libertariańskiego paternalizmu, zostało przejęte od Richarda Thaler’a i Cass Sunsteina (zob. Thaler, Sunstein 2008, 13–17). Wg wymienionych autorów pojęcie architekta wyboru odnosi się do każdego podmiotu, który prezentuje możliwości wyboru, czy też samodzielnie je tworzy innemu podmiotowi, obojętnie, czy chodzi o ekspozycję potraw na stołówce szkolnej, wybór funduszu powierniczego czy karty kredytowej. W sytuacji nabywania narkotyków, podmiotem wyposażonym w wiedzę co do ich działania, atrakcyjności itd. jest dealer, zatem od jego postępowania w dużej mierze zależy, co zrobi osoba nabywająca narkotyki.

pewną transakcję, w którą wliczone jest także ryzyko dotyczące własnego zdrowia¹⁰. Architektem wyboru dokonywanego przez osobę jest dealer, czyli osoba, która bezpośrednio zyskuje na transakcji, zatem ma interes w tym, żeby osoba nabywała narkotyki drogie i silnie uzależniające, ponieważ dzięki temu będzie je kupowała częściej. Naszym zdaniem osoba dealera jest w systemie prohibicyjnym największym niebezpieczeństwem, na które natyka się osoba sięgająca po narkotyki. Ustawodawca zakazując posiadania narkotyków, stara się wpłynąć na strukturę wyboru osoby poprzez zagrożenie sankcją, nie jest jednak w stanie zapobiec temu, że osoba nie zastosuje się do przepisów. W konsekwencji, tak długo jak architektem wyboru będzie dealer, a jemu bynajmniej nie zależy na tym, aby osoba była zdrowa, wolna itd., osoba będzie nakłaniana do zażywania coraz większej ilości narkotyków, a dealer będzie zarabiał wprost proporcjonalnie do stopnia uzależnienia. Gdyby narkotyki miękkie zostały zalegalizowane, architektem wyboru byłby ustawodawca: do niego należałoby określenie ilości, jakości sprzedawanego narkotyku, a także miejsca, w którym będzie się to odbywało. W konsekwencji, można przypuszczać (co potwierdza przykład holenderski), że dzięki legalizacji narkotyków miękkich osoby, zwłaszcza młode, byłyby mniej skłonne do sięgania po narkotyki twarde niż osoby podlegające systemowi prohibicyjnemu.

Z kolei omówimy argumenty wtórne, odwołujące się do krzywdy pośredniej, wyrządzanej społeczeństwu przez osobę uzależnioną, czyli do społecznie negatywnych skutków uzależnienia. W tej grupie znajdują się następujące twierdzenia:

1. Narkotyki zwiększają poziom agresji;
2. Narkotyki mają bezpośredni wpływ na wzrost przestępczości;
3. Narkotyki stają się przyczyną osłabienia więzi społecznych osób uzależnionych oraz uniemożliwiają uzależnionym pełnienie ich ról społecznych.

Argumenty prezentowane w tej grupie osadzają się na zapobieganiu zagrożenia naruszeniem dobra prawnego. Wynika to z implikowanej treści, iż osoba już naruszyła dobro prawne – zdrowie publiczne – i zasadne jest opisanie dalszych skutków tego naruszenia. W naszym przekonaniu w odniesieniu do narkotyków twardych w jakiejś mierze powołane argumenty spełniają kryterium adekwatności, w odniesieniu do narkotyków miękkich nie spełniają go w żadnym stopniu.

Po pierwsze argument 1 nie został poparty badaniami. Warto wspomnieć, że alkohol pomimo że podnosi poziom agresji, co jest udowodnione, jest legalny.

Pojęcie związku narkomanii z przestępczością wprowadza w błąd, ponieważ w systemie prohibicyjnym każdy posiadacz narkotyków już jest przestępcą (Kra-

¹⁰ “And it is easy to imagine a belief that some activities—unsafe sex, cigarette smoking – are like the skydiving case, perhaps **because the risk is sometimes part of the benefit** [podkr. – K.G.], perhaps because the risks are not incurred for a purpose that observers find worthy or valuable”(Sunstein 2000, 1083). Wydaje się, że powyższe rozumowanie można odnieść także do narkotyków.

jewski 2009, 77)¹¹. Z tego też względu tę kategorię przestępstw „prohibicyjnych” w dalszej części rozważań pominiemy. Za T. Hanauskiem można wyróżnić kilka typów związków narkomanii z przestępczością:

1. Typ usługowy – przestępczość „żerująca” na nałogu innych, polega m.in. na produkcji narkotyków i ich proliferacji;

2. Typ samozaopatrzeniowy – osoba uzależniona dokonuje przestępstw w celu zdobycia narkotyków;

3. Typ interakcyjny – osoba uzależniona popełnia przestępstwo (zob. Polak, Sitkowska, Sołtyszewski 2009, 66–78; Sukiennik 2012, 83–85; por. Husak, Marneffe 2006, 64–71) w wyniku oddziaływania narkotyku na jej organizm, np. zabójstwo;

4. Typ niesprawności – użycie narkotyku powoduje znaczny spadek lub nawet całkowity zanik zdolności osoby używającej do wykonywania określonego zawodu lub podejmowania określonych czynności, co powodować może następstwa o przestępczym charakterze (Filar 1997, 325–326; Muszyńska 2008, 109 i n.; Hanausek, Hanausek 1976, 121–125).

Biorąc pod uwagę, że przedmiotem naszych rozważań są narkotyki miękkie, trudno wyobrazić sobie ich konsumenta, który „pasowałby” do opisywanych kategorii powiązań. W obliczu zmian kulturowych zwraca uwagę postać konsumenta zintegrowanego – osoby najczęściej wykształconej, dobrze sytuowanej, która od „stereotypowego konsumenta heroiny” (Klinowski 2010, 35 i n.), oprócz statusu materialnego, odróżnia się także częstotliwością konsumpcji oraz rodzajem narkotyku (przeważnie marihuana, rzadziej haszysz) (Eisenbach-Stang, Moskalewicz, Thom 2010, 169 i n.). Jedynym typem powiązań, który faktycznie może budzić obawy, jest typ niesprawności, nie należy jednak zapominać, że ten typ jest przede wszystkim właściwy dla alkoholu, którego nikt z tego powodu nie delegalizuje ani nie kryminalizuje. Karą zagrożone jest wykonywanie pewnych czynności po jego spożyciu, a nie spożywanie samo w sobie. Nie widzimy powodu, dla którego takie samo rozwiązanie nie mogłoby zostać zastosowane do narkotyków miękkich.

W odniesieniu do argumentu 3, taką samą tezę można postawić w odniesieniu do alkoholizmu czy patologicznego hazardu. Nikt jednak nie postuluje prohibicji czy zamykania kasyn. Oba wymienione uzależnienia są także jednostkami

¹¹ „Polityka wobec narkotyków i narkomanii funkcjonuje bowiem zawsze na styku polityki zdrowotnej i polityki kryminalnej, a w jej obrębie krzyżują się zawsze, z jednej strony, działania z zakresu profilaktyki i terapii, z drugiej zaś, ze strefy represji. [...] działania realizujące element represji w polityce wobec narkotyków wchodzi bardzo często w konflikt, wręcz przeszkadzają, w realizacji elementu profilaktycznego i terapeutycznego. [...] użytkownicy zaczynają być postrzegani jako przestępcy, a nie jako osoby chore, wymagające pomocy i leczenia. A przestępców nie leczy się. Przestępców powinno się karać! Rodzi to błędne koło, potęguje stygmatyzację narkomanów oraz powiększa zakres społecznego wykluczenia” (Krajewski 2007, 426–427). Zob. Raczkowski 2009. Por. Bowden i in. 2011.

chorobowymi wg ICD-10 i oba powodują skutki porównywalne z wymienianymi powyżej. Czynnikiem różniącym jest nastawienie społeczeństwa¹², które w odniesieniu do innych nałogów jest brane pod uwagę przez ustawodawcę. W odniesieniu do hazardu sąd stwierdził:

„[...] hazardu, mimo związanych z nim szeregu ujemnych zjawisk społecznych, nie można zakazać całkowicie, **skoro istnieje na niego określone specyficzne zapotrzebowanie wynikające z niedoskonałości ludzkiej natury** [podkr. – K. G.]. Całkowity zakaz sprowadzałby go więc do podziemia, a w konsekwencji doprowadził do nasilenia jeszcze wszystkich związanych z nim niekorzystnych zjawisk społecznych (łącznie z koncentracją czynników kryminogennych). Trzeba go więc bardzo wysoko opodatkować oraz ograniczać jego rozmiary, jednocześnie sprawując nad nim ścisły, państwowy nadzór i kontrolę”¹³.

Powyższa, z konieczności pobieżna, analiza argumentów pozwala na wyciągnięcie wniosku, iż funkcjonowanie pojęcia „zdrowie publiczne” jako uzasadnienia kryminalizacji i delegalizacji narkotyków miękkich, wzbudza mnóstwo wątpliwości. Nie zmienia to jednak faktu, że posługiwanie się argumentem ze sfery zdrowia publicznego jest o tyle skuteczne, iż przekonuje szerokie grono o tym, że legalizacja czy dekryminalizacja niechybnie doprowadzi do katastrofalnych skutków. W dalszej części opracowania zostanie wykazana przyczyna takiego stanu rzeczy.

3. LEGALIZACJA NARKOTYKÓW Z PERSPEKTYWY PSYCHOLOGII MORALNOŚCI

Współczesna psychologia moralności opiera się na założeniu, że większość przekonań moralnych ma charakter intuicyjny, a przedstawiane argumenty są jedynie racjonalizacjami *post factum*, które często nie mają wiele wspólnego z prawdziwym powodem, jaki stoi za poglądami ludzi na różne kontrowersyjne tematy, w tym na temat legalizacji miękkich narkotyków. Zdaniem Jonathana Haidta: „ludzki umysł jest podzielony, przypomina jeźdźca na słoniu, przy czym

¹² Zob. aspekt tolerowania przez społeczeństwo niektórych używek (Husak 1989, 359 i n.; Getzen 2013, 428; Krajewski 2009, 63). Potwierdzeniem trafności tego argumentu jest przykład tego, jak alkohol zaszkodził Indianom północnoamerykańskim, którzy poznali go dopiero wraz z kolonizacją.

¹³ Wyrok WSA w Warszawie z dnia 14 grudnia 2012 r. sygn. akt III SA/Wa 1197/12; tak też w wyroku WSA w Warszawie z dnia 25 lipca 2012, sygn. akt III SA/Wa 1564/11; w wyroku WSA w Warszawie z dnia 28 czerwca 2012 r. sygn. akt III SA/Wa 1561/11; w wyroku WSA w Warszawie z dnia 28 czerwca 2012 r. sygn. akt III SA/Wa 1562/11; w wyroku WSA w Warszawie z dnia 28 czerwca 2012 r. sygn. akt III SA/Wa 1912/11; i w wyroku WSA w Warszawie z dnia 28 czerwca 2012 r. sygn. akt III SA/Wa 1563/11.

zadaniem jeźdźca jest służyć słoniowi. Jeździec to nasze świadome rozumowanie – strumień słów i obrazów, których jesteśmy w pełni świadomi. Słoń to pozostałe 99% procesów psychicznych – procesy, które przebiegają poza świadomością, lecz determinują większość naszych zachowań” (Haidt 2014, 23). Z tej perspektywy, liberalna wizja moralności, oparta na fundamencie krzywdy jako niezbędnego i jedynego warunku dla dokonywania ocen moralnych, jest po prostu błędna. Nie da się w niebudzący wątpliwości sposób odróżnić fundamentów konwencyjonalnych zachowań określanych jako obyczajowość, moralność czy religia. Porządek społeczny jest zbudowany w oparciu o holistycznie rozumianą sieć systemów normatywnych, gdzie wyodrębnienie przynależnych im dziedzin determinujących wzory ludzkiego zachowania jest zadaniem karkołomnym i z góry skazanym na porażkę. Główną przyczyną tego stanu rzeczy jest fakt kulturowej różnorodności w klasyfikowaniu poszczególnych wzorów zachowań do dziedziny określonego systemu normatywnego. „Grupy kulturowe różnią się pod względem stopnia, w jakim dokonują rozróżnienia między wykroczeniami moralnymi a naruszeniem konwencji społecznych” (tamże, 50). Etyka autonomii wyłaniająca się zarówno z pism Kanta, jak i Milla, jest dominującym wzorem klasyfikacji moralnych w społeczeństwach zachodnich. Jednak nie można kierować się tylko takim wąskim kulturowo poglądem na moralność. W ramach moralności funkcjonują także przekonanie oparte na roli wspólnoty ludzkiej (etyka wspólnoty) oraz na szczególnym, transcendentnym celu i sensie życia człowieka (etyka boskości). Etyka wspólnoty opiera się na przekonaniu, że społeczeństwo to dużo więcej niż tylko suma jednostek, a rodzina, hierarchia i szacunek wobec tradycji są niezbędne dla zachowania złożonych instytucji społecznych i bytów zbiorowych. Zgodnie z etyką boskości należy szanować ustalony porządek wszechświata, a osoby, które go naruszają, należy traktować ze wstrętem, na jaki zasługują (tamże, 148).

Moralność ewoluowała jako narzędzie budowania i wprowadzania porządku społecznego. Dzięki niej ludzie mogli łączyć się w większe grupy społeczne, których podstawą nie były już tylko więzy krwi, ale wspólny zbiór przekonań dotyczących właściwych wzorów postępowania. Moralizujące umysły naszych przodków wspierały wewnątrzgrupową kooperację, zwiększając tym samym szanse danej grupy na przetrwanie. Przekonania moralne są w decydującym stopniu kształtowane przez metaforycznego słonia – za ich formułowanie odpowiadają głównie nieświadome procesy poznawcze, które można określić jako moralną intuicję. Rację miał XVII-wieczny filozof David Hume, gdy określił ludzki umysł jako niewolnika i sługę namiętności. Przeprowadzone badania z użyciem skanerów fMRI potwierdzają przyjmowane tutaj założenie o emocjonalnej naturze sądów moralnych. W badaniach tych wykazano, że przy podejmowaniu osądu w pierwszej kolejności aktywizują się obszary odpowiedzialne za emocjonalne przetwarzanie informacji, co w efekcie determinowało decyzje moralne podejmowane przez badanych (zob. Greene et al. 2001, 2105–2108). Dlatego też jeśli celem argumentacji ma być zmiana czyjegoś zdania w kwestii moralnej lub

politycznej, należy w pierwszej kolejności zwrócić się do słonia – apelować do ludzkich emocji osadzonych na moralnych fundamentach.

Zdaniem Jonathana Haidta, systemy moralne ludzi zbudowane są na fundamentach moralnych, spośród których można wymienić m.in.: fundament troska/krzywda, sprawiedliwość/oszustwo, lojalność/zdrada, autorytet/bunt oraz świętość/upodlenie (Haidt 2014, 171 i n.). Fundament moralny jest to ewolucyjnie wykształcony moduł poznawczy, który odpowiada za kształtowanie się podstawowych kategorii moralnych. Uważamy, że większość argumentów przeciwko legalizacji zasadza się na fundamencie świętość/upodlenie. Opiera się on na przekonaniu, że pewne obiekty traktuje się jako skażone i należy ich unikać, a innym przydaje się rangę świętości. Wyzwaniem adaptacyjnym dla tego modułu było unikanie skażenia i nieczystości – co w pierwotnych wspólnotach ludzkich objawiało się unikaniem odpadków, ludzi chorych i kalekich. Wraz z rozwojem kultury i cywilizacji adaptacje pierwotne ulegały coraz dalej idącym modyfikacjom, dodając kolejne, wtórne włączniki modułowego przetwarzania informacji. Klasycznym przykładem takiego rozwoju jest kształtowanie się pojęć tabu w kulturze – samo poruszanie tematyki tabu naraża na społeczny ostracyzm. Podobna niechęć kształtuje się wobec różnych, nowych dla danego obszaru kulturowego, przedmiotów, praktyk i substancji. Uczucia odrazy, splamienia czy skażenia mogą często wydawać się irracjonalne z perspektywy kantowskiej czy utylitarnej, ponieważ oparte są na odmiennych fundamentach moralnych – inne moduły adaptacyjne uruchamiają się w przypadku powstawania uczucia krzywdy, a inne w przypadku poczucia awersji czy obrzydzenia. Fundament świętości pozwala na traktowanie pewnych obiektów jako nietykalnych (tamże, 201), każdy kontakt z takim przedmiotem może skutkować skażeniem, splamieniem się istoty ludzkiej. Opieranie się na fundamencie świętość/upodlenie jest charakterystyczne głównie dla ludzi o konserwatywnych poglądach. „Konserwatyści odznaczają się wyższym poziomem neofobii – wolą trzymać się tego, co znane i sprawdzone, i przywiązują dużo większą wagę do strzeżenia granic i tradycji” (tamże, 200).

Analiza postawy ustawodawcy, która została wyrażona w obowiązujących przepisach antynarkotykowych, wydaje się potwierdzać, że jedną z głównych motywacji stojących za obecnym ustawodawstwem są właśnie przekonania moralne oparte na fundamencie świętość/upodlenie. Przede wszystkim objawia się to często głoszoną przez przeciwników miękkich narkotyków opinią, według której stanowią one tzw. *gateway drug*, czyli substancje, których używanie nieuchronnie prowadzi do sięgania po cięższe narkotyki¹⁴. Twierdzenia te obarczone są niejednoznacznością wyników – co prowadzi do powstania wielu możliwych interpretacji – związaną z faktem, że badania statystyczne, na które często powołują się zwolennicy idei *gateway drug*, wskazują na pewną korelację, a nie udowadniają istnienia związku przyczynowego. Z badań amerykańskich przeprowadzonych

¹⁴ Problemy z uzyskaniem danych potwierdzających taką tezę w Nahas 2008.

przez *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* wynika, że jedna na trzy osoby, które próbowały marihuany, spróbowała również kokainy. Jednak dalsza interpretacja tych samych danych pozwala na stwierdzenie, że „[...] tylko 1 osoba na 20, które próbowały konopi, zażywa kokainę raz do roku lub częściej” (Earlywine 2014, 77). Podobnie stereotypowe przekonania wspierające konieczność „ochrony zdrowia publicznego” przed marihuaną, mówiące o syndromie amotywacyjnym, słabych osiągnięciach uczniów, niebezpieczeństwie drogowym czy wzroście przestępczości jako efektach zażywania marihuany, nie znajdują potwierdzenia we współczesnych badaniach naukowych (tamże, 241–269). Nawet powszechnie przyjmowany w środowisku naukowym fakt, że konsumpcja marihuany prowadzi do osłabienia pamięci krótkotrwałej (przegląd badań w: Solowij 1998) (choć zjawisko to występuje tylko w momencie znajdowania się pod wpływem marihuany), może być powiązany z potwierdzonym pozytywnym wpływem marihuany na wygaszanie przykrych wspomnień związanych z poczuciem lęku czy paniki (zob. Marsicano, Wotjak, Azad 2002, 530–534). Choć powyższe dane oraz cała masa innych badań funkcjonują od lat w powszechnej opinii specjalistów, to nie znajdują one przełożenia na poziom wiedzy zarówno opinii publicznej, jak i samych użytkowników marihuany.

Pojęcie *gateway drug* naprowadza na rozpoznanie fundamentu świętość/upodlenie, gdzie zażywanie określonej substancji prowadzi do „społecznego skazania” i może grozić zerwaniem więzi społecznych. Jeden z urzędników amerykańskich stwierdził, że narkotyki są złe, ponieważ „wpływają destruktywnie na fizyczną, emocjonalną i moralną siłę człowieka” (za Earlywine 2014, 276). Choć opieranie się na tym fundamencie nie stanowi zachowania, które można jednoznacznie potępić – wszakże skutecznie realizuje on ewolucyjne cele od tysięcy lat – to należy wyraźnie zaznaczyć granicę, kiedy staje się on wyrazem irracjonalnych lęków lub narzędziem oportunistycznej walki politycznej. W debacie na temat legalizacji jak mantrę powtarza się stwierdzenie, że konopie są złe, dlatego należy ich zakazać. Wiele osób przyjmuje właśnie taką postawę, co powoduje, że zamykają się na racjonalne argumenty i nie można uznać ich za wartościowych partnerów do poważnej dyskusji nad tym zagadnieniem. Dyskusja nad problemami narkotykowymi powinna mieć charakter profesjonalnego, a nie moralistycznego dyskursu.

4. PODSUMOWANIE

Wojna z narkotykami nie ma nic wspólnego z troską części społeczeństwa o zapobieżenie krzywdy innym. Opór wobec narkotyków zasadza się na moralnym fundamencie świętość/upodlenie. Ustawodawca motywuje zakaz posiadania narkotyków ochroną zdrowia publicznego. Pomijając fakt, iż samo pojęcie

budzi poważne zastrzeżenia, zarówno jako określenie dobra chronionego, jak i ze względu na wyznaczenie granic jego ochrony, należy zauważyć, że w odniesieniu do osoby posiadającej narkotyki na własny użytek w ogóle takie określenie dobra chronionego nie powinno mieć miejsca. Osoba zażywająca narkotyki naraża bezpośrednio wyłącznie własne życie lub zdrowie, a co za tym idzie rozszerzanie przedmiotu ochrony prowadzi w konsekwencji do konieczności akceptacji założenia, iż społeczeństwo jako całość może być zdrowe albo nie. Podsumowując, używanie narkotyków jest szkodliwe dla całego społeczeństwa i należy przyjąć moralnie jednoznaczne stanowisko, które upoważni władzę wykonawczą do powstrzymywania ludzi przed podejmowaniem zgubnych zachowań. Źródłem tego przekonania jest fundament moralny świętość/upodlenie, którego głównym celem jest ochrona wspólnoty przed rzeczami, które uznawane są za zagrożenie dla panującej w niej kooperacji. Chcąc zmienić czyjeś zdanie w kwestii moralnej, politycznej czy prawnej, należy w pierwszej kolejności apelować do uczuć i intuicji, a dopiero później do rozumu, dlatego analiza argumentu zdrowia publicznego dla potrzeb dyskursu dotyczącego legalizacji miękkich narkotyków wymaga zarówno kompleksowej analizy prawnej wskazującej braki w rozumowaniu opierającym się na tej przesłance, jak też argumentów moralnych, które pozwolą na przyjrzenie się źródłom przekonania o zagrożeniu zdrowia publicznego przez legalizację miękkich narkotyków.

BIBLIOGRAFIA

- Bowden, Charles. 2011. *Wojny narkotykowe. Doniesienia z pola walki*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Earlywine, Mitch. 2014. *Zrozumieć marihuanę. Nowe spojrzenie na badania naukowe*. Tł. Dariusz Zielonka. Warszawa: Wydawnictwo Cień Kształtu.
- Eisenbach-Stang, Irmgard, Jacek Moskalewicz, Betsy Thom. 2010. „Dwa światy konsumpcji narkotyków w społeczeństwach ponowoczesnych. Streszczenie”. *Alkoholizm i Narkomania* 2: 165–178.
- Filar, Marian. 1997. „Przestępczość związana z narkotykami w Polsce”. W *Prawo karne i proces karny wobec nowych form i technik przestępczości*. Red. Hans Hirsch, Piotr Hofmański, Emil Pływaczewski, Claus Roxin. Białystok: Wydawnictwo Temida 2.
- Getzen, Thomas. 2013. *Ekonomika zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Greene, Joshua, Brian R. Sommerville, Leigh E. Nystrom, John M. Marley, Jonathan D. Cohen. 2001. “An fMRI study of emotional engagement in moral judgment”. *Science* 293: 2105–2108.
- Gruszecka, Dagmara. 2012. *Ochrona dobra prawnego na przedpolu jego naruszenia. Analiza karnistyczna*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Haidt, Jonathan. 2014. *Prawy umysł*. Tł. Agnieszka Nowak-Młynikowska. Sopot: Wydawnictwo Smak Słowa.
- Hanausek, Tadeusz, Wiesława Hanausek. 1976. *Narkomania. Studium kryminologiczno-kryminalistyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.

- Health Systems Strengthening Glossary. http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html#17 [dostęp 20.04.2015].
- Husak, Douglas. 1989. "Recreational Drugs and Paternalism". Symposium on Legitimacy of Law. *Law and Philosophy* 3 (8).
- Husak, Douglas, Peter Marneffe. 2006. *The Legalization of Drugs*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ICD-10. 2008. T. I. <http://www.icd10.pl/> [dostęp 20.04.2015].
- Klinowski, Marek. 2010. „Karne posiadanie narkotyków w orzecznictwie Sądu Najwyższego”. *Państwo i Prawo* 7: 31–44.
- Kosmowski, Sebastian. 2004. „Podstawowe problemy stosowania przepisów kryminalizujących nielegalny obrót narkotykami”. *Problemy Prawa Karnego* 25.
- Krajewski, Krzysztof. 2001. *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*. Kraków: Zakamycze.
- Krajewski, Krzysztof. 2007. „Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii: Ustawodawstwo polskie na tle modeli regulacji dotyczących narkotyków”. *Alkoholizm i Narkomania* 4: 425–437.
- Krajewski, Krzysztof. 2009. „Używanie narkotyków i uzależnienie od nich a przestępczość. Implikacje dla prawa karnego”. *Przegląd Więziennictwa Polskiego* 64–65: 255–261.
- Kulik, Teresa, Anna Pacian (red.). 2014. *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Leowski, Jerzy. 2004. *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*. Warszawa: CeDeWu.
- Łucarz, Katarzyna, Anna Muszyńska. 2008. *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Marsicano, Giovanni, Carsten Wotjak, Shahnaz Azad. 2002. "The Endogenous cannabinoid system controls extinction of aversive memories". *Nature* 418: 530–534.
- Marneffe, Peter. 2013. "Self-sovereignty and paternalism". W *Paternalism. Theory and practice*. Eds. Christian Coons, Michael Weber. Cambridge: Cambridge University Press.
- Muszyńska, Anna. 2008. „Zawieszenie postępowania karnego wobec osoby uzależnionej od środków odurzających według ustawy z 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii”. *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego XXII*: 103–113.
- Nahas, Gabriel. 1990. *Keep off the grass*. Middlebury: P.S. Eriksson.
- Polak, Piotr, Anna Maria Sitkowska, Ireneusz Sołtyszewski. 2009. „Środki psychoaktywne w przestępstwach seksualnych”. *Prokuratura i Prawo* 9.
- Solowij, Nadia. 1998. *Cannabis and Cognitive Functioning*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Srogosz, Tomasz. 2008. *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck.
- Sukiennik, Jakub. 2012. „Prohibicja na rynkach dóbr niekorzystnych społecznie a poziom przestępczości. Przegląd piśmiennictwa”. *Alkoholizm i Narkomania* 1 (25): 81–94.
- Sunstein, Cass. 2000. "Cognition and cost-benefit analysis". *The Journal of Legal Studies* 52 (29): 1059–1097.
- Thaler, Richard, Cass Sunstein. 2008. *Impuls. Jak podejmować właściwe decyzje dotyczące zdrowia, dobrobytu i szczęścia*. Tł. Justyna Grzegorzczak. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Ważny, Andrzej (red.). 2013. *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*. Warszawa: Lexis-Nexis.
- Wieczorek, Krzysztof. 2013. *Argumenty równi pochyłej. Analiza z perspektywy logiki nieformalnej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Włodarczyk, Cezary. 2007. *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej. Wybrane problemy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Katarzyna Grotkowska, Konrad Kobyliński

ANALYSIS OF A PUBLIC HEALTH ARGUMENT IN A DEBATE ON LEGALIZATION OF SOFT DRUGS

Summary. The purpose of the present text is to provide analysis of the public health argument in the context of the debate over legalisation of soft narcotics. The first part provides an explanation of the terms used, followed by an analysis of the term ‘public health’ in the legal terminology. The analysis of this term and the arguments built on that basis leads to a conclusion that the public health argument in the discussion about legalisation of soft narcotics is little convincing and lacks a sound, theoretical basis. Despite the fact that public health remains among the arguments most often raised in the narcotics discourse, in the final part of this work – drawing on the study of J. Haid in the area of psychology of morality – a possible explanation is presented as to why the argument of public health remains popular.

Keywords: public health, drug legalization, decriminalization, choice architecture, evolutionary psychology.